



SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ALQUILER, HIPOTECA Y SERVICIOS PUBLICOS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE MARICOPA

Complete la siguiente solicitud para asistencia con el alquiler, la hipoteca y los servicios públicos. La Parte VI deberá completarse para cada adulto y niño que viva en el hogar. Además, deberá completar la Parte VIII para cada servicio para el que esté buscando asistencia.

PARTE I: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE			
PRIMER NOMBRE	APELLIDO	INICIAL DEL 2do NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO		TIPO DE CORREO ELECTRONICO	
		<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Trabajo	
NUMERO DE TELEFONO		TIPO DE TELEFONO	
		<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Teletipo
		<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Otro
		<input type="checkbox"/> Negocio	
METODO DE CONTACTO PREFERIDO Por favor marque 1 opción.		<input type="checkbox"/> Cualquiera	<input type="checkbox"/> Llamar
		<input type="checkbox"/> Texto	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico
			<input type="checkbox"/> Correo/Carta
PREFERENCIAS DE CONTACTO Por favor marque todos los que apliquen.		<input type="checkbox"/> No llamar	<input type="checkbox"/> No enviar correo electrónico
			<input type="checkbox"/> Acepto mensajes de texto
¿Usted está experimentando la falta de vivienda?	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
¿Ha sido desalojado(a) de su casa?	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
¿Tiene un lugar protegido para dormir?	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
TIPO DE VIVIENDA Por favor marque 1 opción.			
<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza Temporal	<input type="checkbox"/> Hogar de Ansianos	
<input type="checkbox"/> Centro de Vida Asistida	<input type="checkbox"/> Hogar Grupal	<input type="checkbox"/> Refugio	
<input type="checkbox"/> Condominio/Casa Adosada	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Dúplex/Tríplex/Fourplex	<input type="checkbox"/> Casa Móvil	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
TIPO DE PAGO DE LA VIVIENDA Por favor marque 1 opción.			
<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Propio	<input type="checkbox"/> Subsidiado	<input type="checkbox"/> Sin Pago
			<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
DIRECCION RESIDENCIAL			
CALLE 1			UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE
CALLE 2			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
¿Es su dirección postal la misma que su dirección residencial?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No



DIRECCION POSTAL Por favor ingrese si la dirección postal es diferente de la dirección residencial.		
CALLE 1	UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE	
CALLE 2		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

PARTE II: DEMOGRAFIA DEL SOLICITANTE

GENERO ASIGNADO AL NACIMIENTO Por favor marque 1 opción.

Femenino Masculino

AUTO IDENTIFICACION DE GENERO COMO Por favor marque todas las que apliquen.

Femenino Transgénera No Binario/No Conforme Prefiero describirme a mí mismo
 Masculino Transgénero No identificado con un genero Prefiero no contestar

Si selecciono "Prefiero describirme a mí mismo," por favor ingrese su respuesta: _____

PRONOMBRES Por favor marque 1 opción.

Ella/su Ellos/Ellas/sus/suyos Otros
 El/su Desconocido

RAZA Y ETNICIDAD Por favor marque todas las que apliquen.

Asiático Medio oriente o África del Norte
 Negro o Afroamericano Blanco
 Hispano, Latino, o Español Otro Origen Étnico: _____
 Pueblos Indígenas, Nativos Americanos, o Nativos de Alaska Prefiero no contestar
 Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico

ESTADO MILITAR Por favor marque 1 opción.

Hijo(a) de un veterano(a) Soy veterano
 Esposo(a) de un veterano (Vivo o Fallecido) No soy veterano
 Actualmente estoy en servicio activo Prefiero no contestar

ESTADO DE LOS PADRES Por favor marque 1 opción.

Hogar de dos padres Cuidador Principal con custodia
 Hogar monoparental con custodia compartida Cuidador Principal sin custodia
 Hogar monoparental con custodia exclusiva Padre de crianza de custodia temporal
 Abuelo(a) con custodia del niño No niños menores de 18 años

GRADO MAS ALTO COMPLETADO Por favor marque 1 opción.

Pre-Kínder Primero Tercero Quinto Séptimo Noveno Undécimo
 Kínder Segundo Cuarto Sexto Octavo Decimo Duodécimo



NIVEL MAS ALTO DE CREDENCIAL/POSTSECUNDARIO COMPLETADO Por favor marque **1** opción.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno Completado | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria | <input type="checkbox"/> Maestría |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo Educativo General (GED-por sus siglas en ingles) | <input type="checkbox"/> Título Profesional |
| <input type="checkbox"/> Mas de 1 año de educación postsecundaria | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Titulo Técnico/Vocacional | |
| <input type="checkbox"/> Grado Asociado | |

VIVE CON UNA DISCAPACIDAD Si No

DISCAPACIDAD Si vive con una discapacidad, marque todas las que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cognitivo/Aprendizaje (Incluye Trastornos del Habla) | <input type="checkbox"/> Movilidad/Físico |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza (Incluye Adquiridos y Traumáticos) | <input type="checkbox"/> Lesión de la Medula Espinal |
| <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Visión |
| <input type="checkbox"/> Invisible (Incluye Dolor Crónico y Trastornos del Sueño) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental/Condición Psicológica | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |

ACTUALMENTE EMBARAZADA

Si No

TENGO SEGURO MEDICO

Si No Desconocido

SEGURO MEDICO Si tiene seguro, por favor marque todas las que apliquen.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AHCCCS | <input type="checkbox"/> COBRA |
| <input type="checkbox"/> ALTCS | <input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Atención Medica Militar |
| <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Compra Directa |
| <input type="checkbox"/> SCHIP | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de VA | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud para Indígenas | |

DOMINIO DEL INGLES

Poco Moderado Avanzado

IDIOMAS ADICIONALES

HABILIDAD

LENGUAJE PRIMARIO

NECESITA TRADUCTOR

Poca Moderada Avanzada

Si No

Si No

Poca Moderada Avanzada

Si No

Si No



PARTE III. ESTADO LABORAL DEL SOLICITANTE

ESTADO LABORAL Por favor marque **1** opción.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estudiante sin empleo | <input type="checkbox"/> Empleado a través de trabajo ocasional/por contrato | <input type="checkbox"/> Desempleado y buscando trabajo |
| <input type="checkbox"/> Estudiante con empleo de medio tiempo | <input type="checkbox"/> Empleado de medio tiempo | <input type="checkbox"/> Desempleado y sin buscar trabajo |
| <input type="checkbox"/> Estudiante con empleo de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Retirado |
| <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Suspendido | |

Si actualmente está desempleado, ¿qué causó su desempleo? Por favor marque **1** opción.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Responsabilidades del Hogar o Familiares | <input type="checkbox"/> Desempleo por Reubicación (Mudanza Reciente) |
| <input type="checkbox"/> Sufrir de Mala Salud o Discapacidad | <input type="checkbox"/> Reingreso a la Fuerza Laboral (no trabajo durante un periodo de tiempo) |
| <input type="checkbox"/> Corte de Personal (Desempleo Involuntario) | <input type="checkbox"/> Desempleo Voluntario (Renuncio para buscar otras oportunidades) |
| <input type="checkbox"/> Despido (Desempleo Involuntario) | <input type="checkbox"/> Desempleo Estacional |
| <input type="checkbox"/> Recién Ingresando a la Fuerza Laboral (Graduado Reciente) | <input type="checkbox"/> Suspendido |

DESEMPLEADO DESDE (FECHA)

CALIFICA PARA BENEFICIOS DE DESEMPLEO

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|

BUSCANDO EMPLEO

TRABAJADOR MIGRANTE

TRABAJADOR AGRICOLA DE TEMPORADA

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

PARTE IV. PROGRAMAS DE ASISTENCIA PUBLICA

¿Está actualmente inscrito en algún programa de asistencia pública? Si No

Si la respuesta es "Sí", ¿en qué programas de asistencia pública está inscrito actualmente?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) | <input type="checkbox"/> Ingreso del Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Subsidio para Cuidado Infantil del Departamento de Seguridad Económica | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para Casos de Refugiados | <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) | <input type="checkbox"/> Mujeres, Bebés, y Niños (WIC) |

Si recibe SNAP, ¿están todos los miembros del hogar incluidos en su caso SNAP? Yes No

Si seleccionó "No", enumere cada miembro del hogar no incluido en su caso SNAP (nombre completo).



PARTE V. IMPACTO DEL COVID-19

¿Ha sido afectado financieramente por COVID-19? Sí No

Si seleccionó "Sí", ¿cómo le ha afectado financieramente el COVID-19?

Experimentó una reducción o pérdida de ingresos Los gastos aumentaron inesperadamente

Experimentó una reducción o pérdida de ingresos: ¿Qué causó una reducción o pérdida de ingresos? Por favor marque todos los que apliquen.

- Se rescindió una oferta de trabajo realizada antes del COVID-19
- Me despidieron
- Me suspendieron
- Mi empleador redujo mi horario de trabajo
- Trabajo por cuenta propia y mi negocio se vio afectado/cerrado
- Tuve que ponerme en cuarentena porque tengo un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave por COVID-19
- Tuve que ponerme en cuarentena debido a exposición o la enfermedad de COVID-19
- Tuve que cuidar a otra persona que fue puesta en cuarentena debido al riesgo o exposición al COVID-19
- Tuve que cuidar a un niño dependiente o un adulto discapacitado/vulnerable
- Otro (por favor describa): _____

Gastos aumentados inesperadamente: ¿Cómo han aumentado inesperadamente sus gastos? Por favor marque todos los que apliquen.

- Tengo gastos de guardería debido al cierre de la escuela o guardería para un adulto o niño dependiente
- Tengo gastos médicos debido a la enfermedad COVID-19 que no cubre el seguro
- No puedo asistir a centros comunitarios para personas mayores para obtener las necesidades básicas de vida que recibí anteriormente
- Otros (por favor describa): _____



PARTE VI. INFORMACION DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR Por favor a complete para cada individuo que vive en el hogar.

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	INICIAL DEL 2do NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO

NUMERO DE TELEFONO	DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO

RELACION CON EL SOLICITANTE	LENGUAJE PRIMARIO

AUTO IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO COMO Por favor marque **1** opción.

Femenino
 Transgénera
 No Binario/No Conforme
 Prefiero describirme a mí mismo
 Masculino
 Transgénero
 No identificado con un genero
 Prefiero no contestar

Si selecciono "Prefiero describirme a mí mismo," por favor ingrese su respuesta: _____

RAZA Y ETNICIDAD Por favor marque todas las que apliquen.

Asiático
 Medio oriente o África del Norte
 Negro o Afroamericano
 Blanco
 Hispano, Latino, o Español
 Otro Origen Étnico: _____
 Pueblos Indígenas, Nativos Americanos, o Nativos de Alaska
 Prefiero no contestar
 Nativo de Hawái o de las Islas del Pacifico

GRADO MAS ALTO COMPLETADO Por favor marque **1** opción.

Pre-Kínder Primero Tercero Quinto Séptimo Noveno Undécimo
 Kínder Segundo Cuarto Sexto Octavo Decimo Duodécimo

NIVEL MAS ALTO DE CREDENCIAL/POSTSECUNDARIO COMPLETADO Por favor marque **1** opción.

Ninguno Completado
 Grado Asociado
 Diploma de Preparatoria
 Licenciatura
 Desarrollo Educativo General (GED-por sus siglas en ingles)
 Maestría
 Mas de 1 año de educación postsecundaria
 Título Profesional
 Titulo Técnico/Vocacional
 Doctorado

ESTADO LABORAL Por favor marque **1** opción.

Estudiante sin empleo
 Empleado de tiempo completo
 Estudiante con empleo de medio tiempo
 Suspendido
 Estudiante con empleo de tiempo completo
 Desempleado y buscando trabajo
 Trabajador por cuenta propia
 Desempleado y sin buscar trabajo
 Empleado a través de trabajo ocasional/por contrato
 Retirado
 Empleado de medio tiempo

VIVE CON UNA DISCAPACIDAD	ACTUALMENTE EMBARAZADA	SEGURO MEDICO
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido

**SEGURO MEDICO** Si tiene seguro, por favor marque todas las que apliquen.

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> AHCCCS | <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de VA | <input type="checkbox"/> Atención Medica Militar |
| <input type="checkbox"/> ALTCS | <input type="checkbox"/> Servicios de Salud para Indígenas | <input type="checkbox"/> Compra Directa |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> COBRA | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos | |
| <input type="checkbox"/> SCHIP | | |

ACTUALMENTE VIVE EN EL HOGAR Si No**PARTE VII. ASISTENCIA DE ALQUILER E HIPOTECA**

¿Está buscando ayuda con el alquiler o la hipoteca? Por favor marque 1 opción.

 Asistencia de alquiler Asistencia hipotecaria

Si busca ASISTENCIA HIPOTECARIA, ¿cuál es su número de póliza?

BUSCANDO AYUDA CON Mensualidad Depósito de Mudanza

Si busca ASISTENCIA DE ALQUILER, ¿ha recibido un aviso de desalojo?

 Si No

Si busca ASISTENCIA HIPOTECARIA, ¿ha recibido un aviso de ejecución hipotecaria?

 Si No**MESES BUSCANDO AYUDA Y CANTIDAD DEBIDA** Por favor marque todos los que apliquen.

MES	CANTIDAD DEBIDA	MES	CANTIDAD DEBIDA
<input type="checkbox"/> Enero	Enero: \$	<input type="checkbox"/> Julio	Julio: \$
<input type="checkbox"/> Febrero	Febrero: \$	<input type="checkbox"/> Agosto	Agosto: \$
<input type="checkbox"/> Marzo	Marzo: \$	<input type="checkbox"/> Septiembre	Septiembre: \$
<input type="checkbox"/> Abril	Abril: \$	<input type="checkbox"/> Octubre	Octubre: \$
<input type="checkbox"/> Mayo	Mayo: \$	<input type="checkbox"/> Noviembre	Noviembre: \$
<input type="checkbox"/> Junio	Junio: \$	<input type="checkbox"/> Diciembre	Diciembre: \$

Si busca ayuda con un DEPÓSITO DE MUDANZA, ¿cuál es su dirección de mudanza?

CALLE 1**UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE****CALLE 2****CIUDAD****ESTADO****CODIGO POSTAL**



PARTE VIII. ASISTENCIA CON SERVICIOS PÚBLICOS Complete para **cada** servicio público para el que busque asistencia.

¿Para qué empresa está buscando ayuda? Por favor marque **1** opción.

Gas Agua Electricidad Drenaje Basura

ESTADO DEL SERVICIO PUBLICO Por favor marque **1** opción.

Actualmente Cortado Aviso de Desconexión/Morosidad Vencido (Pagos atrasados) Pago del servicio al corriente

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

BUSCANDO AYUDA CON Pago de Servicio Publico Depósito de Servicio Publico

Si busca ayuda con un PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS, ¿cuál es el monto adeudado por su factura más reciente? \$

Si busca ayuda con un DEPÓSITO DE SERVICIOS PÚBLICOS, ¿cuál es el monto adeudado por su depósito de servicios públicos? \$

MESES BUSCANDO AYUDA Por favor marque todos los que apliquen.

Enero Mayo Septiembre
 Febrero Junio Octubre
 Marzo Julio Noviembre
 Abril Agosto Diciembre

NOMBRE EN LA CUENTA DE SERVICIOS PUBLICOS **NUMERO DE CUENTA**

Si busca ayuda con un DEPÓSITO DE SERVICIOS PÚBLICOS, ¿cuál es su dirección de MUDANZA?

CALLE 1 **UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE**

CALLE 2

CIUDAD **ARIZONA** **CODIGO POSTAL**



PARTE XI. FIRMA DEL SOLICITANTE

Autorizo al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Maricopa y/o su agencia delegada a comunicarse con cualquier fuente necesaria para establecer la exactitud de la información proporcionada por mí. Además, autorizo a cualquier arrendador, hipoteca o compañía de servicios públicos, a la que se pueda realizar el pago de crédito en mi nombre, a divulgar información sobre mi cuenta, incluida, entre otras, la información de facturación al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Maricopa y/o su agencia delegada.

Doy fe de que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Esto incluye información sobre los miembros del hogar, ingresos, propiedad, detalles de contacto y todos los demás elementos proporcionados. Soy consciente de que es posible que deba presentar documentación adicional en una fecha posterior, que se puede utilizar para determinar mi elegibilidad para los servicios.

Nombre Impreso

Fecha

Firma